Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.)

# Placenta praevia.

## INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

**Georg Schreiber,**
Arzt aus Berlin.

Tag der Promotion: 9. März 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

509

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

# Auszug.

Die Arbeit stellt dar eine umfassende Statistik der in letzten 10 Jahren an der Berliner Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik zur Behandlung gekommenen 394 Fälle von Placenta praevia. Eingehende Betrachtung wird dem Zeitpunkt der ersten Blutung geschenkt und ermittelt, dass 66,6% der an Verblutung gestorbenen Frauen annoncierende Blutungen in der Schwangerschaft gehabt hatten.

Die mütterliche Gesamtmortalität betrug 5,5%, die kindliche Gesamtmortalität 66,2%, d. h. nur ein Drittel der Placenta praevia Kranken kann mit einem lebenden Kinde rechnen. Es folgt Betrachtung der einzelnen Behandlungsmethoden: Spontangeburten (Müttermortalität 0%, Kindermortalität 30,9%) mit 2 Atonien unter 17 Fällen. Die Tamponade ergab abweichend von anderweitigen Mitteilungen eine Infektionsmortalität von nur 3,5%. Kolpeuryse, selten angewendet, ergab 0% mütterliche und 37,5% kindliche Mortalität. Blasensprengung erzielte 0% Mütter- und 18,2% Kindermortalität. Durch Metreuryse allein konnte in nur 16,6% unter 65 Fällen die Geburt beendet werden mit 0% mütterlicher und 22,2% kindlicher Mortalität. Die übrigen durch Wendung und Extraktion beendeten Fälle ergaben 8,9% Mütter- und 20% Kindermortalität. Zusammenfassend liess sich von der Metreuryse berichten, dass die Methode zwar beachtenswerte Resultate ergibt; Voraussetzung ist allerdings dauernde Ueberwachung des Geburtsverlaufes, um sofort nach völliger Eröffnung des Muttermundes durch den Ballon die in Betracht kommende entbindende Operation anzuschliessen. Für die innere Wendung, deren Vorbedingung selten gegeben, betrug die mütterliche Mortalität 0%, die kindliche 7,7%. Reichhaltig sind das Material und günstige Erfahrungen über den Braxton Hicks (225 Fälle mit einer mütterlichen

Mortalität von 5,7% und einer kindlichen von 55,9%). Es wird dargelegt, dass die Methode zur Blutstillung ausreicht. Warnung vor zu starker Belastung des herabgeholten Fusses wegen Cervixrissen.

Bei Besprechung der Schnittentbindungen wird dem vaginalen Kaiserschnitt kein Vorzug vor dem Braxton Hicks eingeräumt, da letzterer geringere Müttermortalität aufweist, Atonien auch durch den vaginalen Kaiserschnitt nicht vermieden werden. Aeusserst günstige Resultate zeitigt der abdominale Kaiserschnitt (5 Fälle mit lebenden Müttern und lebenden Kindern). Eingehend besprochen wird die Indikation und Süssmanns Empfehlung, die Methode auf aseptisch zweifelhafte Fälle auszudehnen, verworfen.

Kurze Betrachtung der Störungen der Nachgeburtsperiode und des Wochenbettes folgt (23,3% Atonien, 13,2% Rissblutungen, 39% festsitzende Placenten unter 45,5% Störungen der Nachgeburtsperiode). Puerperalinfektionen zeigten sich in 10,9% aller beobachteten Fälle.

Als Hauptergebnis der Arbeit wird verzeichnet: „auf Grund unserer Erfahrungen müssen wir entgegen den neueren Bestrebungen daran festhalten, dass die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks bisher durch kein anderes Verfahren überholt ist und nach wie vor in der Mehrzahl der Fälle Methode der Wahl bleiben wird“.